

Fórum: Mamoplastia de Aumento

Estamos publicando o fórum sobre mamoplastia de aumento com a participação dos seguintes cirurgiões plásticos:

- ◆ Ricardo Baroud (Brasil)
- ◆ Ivo Pitanguy (Brasil)
- ◆ Ronaldo Pontes (Brasil)
- ◆ Claudio Rebello (Brasil)
- ◆ Tom Biggs (EUA)
- ◆ Júlio Hochberg (EUA)
- ◆ Darryl J. Hodgkinson (Austrália)
- ◆ Aymar Sperli (Brasil)
- ◆ João Erfon (Brasil)

Estamos certos de que o estudo de suas respostas vai contribuir para ampliar o conhecimento de todos.

As respostas evidenciaram:

- ◆ Diferentes tendências para uso das várias próteses.
- ◆ Preferência pelas vias submamária e areolar.
- ◆ Preferência pelo plano antero-muscular.
- ◆ Desinteresse ou não experiência com a utilização da endoscopia para mamoplastia de aumento;
- ◆ Uso exclusivo de próteses salinas infláveis nos EUA e Austrália.
- ◆ Abandono quase total das próteses gelatinosas lisas.

Foram selecionadas as perguntas:

1. Que tipo de prótese o senhor utiliza normalmente? Contra-indica algum tipo de prótese?
2. Qual a via de acesso preferida? Algum comentário sobre outra via, como por exemplo a via axilar ou submamária?
3. Quais os volumes que mais freqüentemente utiliza?
4. Colocação ântero ou retromúsculo grande peitoral? Sempre?
5. Seria possível informar o percentual de contratura capsular?
6. Alguma outra complicação que não a contratura capsular?
7. Já utilizou a videoendoscopia para colocação de prótese mamária? Qual o lugar para a videoendoscopia no implante mamário?
8. Como previne e como trata a contratura capsular?
9. Qual a sua restrição ao uso de próteses mamárias de silicone?

1. Que tipo de prótese o senhor utiliza normalmente? Contra-indica algum tipo de prótese?

Ronaldo Pontes: Texturizada e poliuretano, perfil alto (de preferência), dependendo do problema de cada paciente.

Ivo Pitanguy: Os implantes normalmente usados são os de revestimento de poliuretano, perfil baixo ou anatômico (modelo Pitanguy-Rebello). Atualmente não temos utilizado implantes de superfície lisa, e os de tipo texturizado indicamos principalmente nos casos de reconstrução mamária.

Claudio Rebelo: Sob o ponto de vista de superfície de revestimento, desde dezembro de 1987 só uso os implantes mamários de silicone gel revestidos de poliuretano.

Quanto ao formato, a escolha depende do volume mamário existente e do desejo da paciente. Nas hipoplasias mais acentuadas, as próteses de “perfil anatômico”, tipo gota d’água, nos parecem as mais convenientes, pois não fazem protusão muito grande no pólo superior. Além disso, podem ser rodadas sobre seu eixo, preenchendo mais ou menos os vários segmentos da região mamária, conforme desejado (essa manobra nos tem sido muito útil nas reconstruções mamárias).

Não contra-indico nenhum tipo de prótese mamária. Acho que aqueles que já adquiriram grande experiência com determinado tipo e, é claro, estão satisfeitos, não têm porque mudar. Agora, sob o ponto de vista de contratura capsular, existe uma sensível diferença estatística, a longo prazo, favorável aos implantes revestidos de poliuretano.

Ricardo Baroudi: Tenho usado próteses mamárias desde o seu advento na cirurgia plástica. Passei por três períodos sucessivos, quanto ao tipo de envelope que contém o silicone: liso, texturizado e o de poliuretano. A experiência com prótese de cobertura com poliuretano é de 2 anos. As próteses de superfície lisa foram substituídas pelas texturizadas logo após o advento destas. A experiência com o uso de próteses infláveis com solução salina é praticamente nula. Por outro lado, próteses de duplo lúmen foram utilizadas após o seu advento, tendo sido abandonada a prótese de dupli lúmen., após 4 anos de uso rotineiro, particularmente para os casos de mastectomia subcutânea e de reconstruções por câncer. Quanto ao formato das próteses, a quase totalidade tem sido do tipo redondo e de perfil baixo. Exceções são as de perfil alto e/ou oval.

Júlio Hochberg : Eu utilizo somente próteses salinas, redondas e lisas. A minha preferência é pela prótese pré-inflada, PIP, de fabricação francesa. No entanto, desde maio de 2000, a FDA retirou o produto do mercado aguardando mais estudos. Portanto estou utilizando a prótese salina , com válvula posterior. Estas próteses, no meu entender, são de qualidade tecnológica inferior às próteses PIP. A prótese anatômica tem uma incidência maior de problemas, como mudanças de posição inesperadas, dispondo-se em posição invertida. A biologia reage aos corpos estranhos com o mesmo intento: faz com que ocupem o menor espaço possível, ou seja, o mais próximo da forma esférica. A prótese anatômica, em forma de gota, torna-se redonda com o passar do tempo. O implante texturizado apresenta incidência maior de enrugamento. Após ter tratado das complicações as mais bizarras causadas pelas próteses

de silicone gel, eu não me sinto com coragem de utilizá-las novamente. A prótese com óleo de soja foi retirada do mercado pelo governo britânico, que ordenou que todas as pacientes que usassem este tipo de prótese as tivessem removidas, devido aos efeitos tóxicos.

Quando o gel coesivo é submetido a forças centrípetas, ocorre o descolamento do envelope de silicone, causando enrugamento importante e desfiguramento.

Tom Biggs:

Eu uso principalmente a prótese salina, lisa e redonda. No passado já utilizei os implantes anatômicos, mas sinto que os melhores resultados são obtidos com o implante redondo. Eu parei de usar as próteses texturizadas porque eu acho que não existe melhora específica em relação à contratatura capsular e há uma sensação de enrugamento, com o implante texturizado, que inexistente com o implante liso.

Darryl J. Hodgkinson:

Em 80% dos casos primários de mamoplastia de aumento, utilizo próteses salinas lisas. Nas pacientes com grau certo de ptose, utilizo implante tipo 468 texturizado. Nos 20% restantes dos casos ou reoperação ou nas pacientes que desejarem um pólo superior proeminente, e nas pacientes de pele muito fina, com pouco tecido subcutâneo, uso implantes de silicone gel de perfil alto. A projeção que produzem em relação ao diâmetro da base é maior.

Também uso implantes peitorais sólidos em halterofilistas. Prefiro esses em vez de utilizar implantes mamários na posição retropeitoral. (Quando um paciente faz uma demonstração, por exemplo, o implante fica aparente.)

Eventualmente utilizo um implante texturizado retromuscular redondo em situações especiais, como quando sinto que não poderia descolar o músculo peitoral maior de forma adequada.

Aymar Sperli:

Utilizo regularmente as próteses salinas infláveis, redondas, texturizadas. Temos feito o uso regular desse tipo de prótese há 7 anos, desde que começamos a observar as complicações locais determinadas pelas próteses lisas de silicone gel. Seguimos as restrições impostas pela FDA, pois, aqui no Brasil, o Ministério da Saúde costuma se basear naquele órgão do governo americano para contra-indicar produtos farmacêuticos. Basta recordarmos o fato ocorrido recentemente, em que o próprio Ministro da Saúde do Brasil veio à televisão para condenar o uso de certos medicamentos, baseado na proibição pela FDA, nos Estados Unidos.

Contra-indicamos formalmente todo e qualquer tipo de prótese gelatinosa lisa, devido à grande incidência de complicações locais, tais como retrações capsulares graus III e IV de Baker, ruptura da prótese, migração do gel para tecidos vizinhos, siliconomas, etc.

João Erfon:

Normalmente utilizamos próteses texturizadas, com perfil alto, por sentirmos que têm apresentado um índice baixo de contratatura capsular, quando comparadas com as próteses lisas. Entendemos que as próteses com perfil alto favorecem a obtenção de mamas com formas mais bonitas, com "colo" (pólo superior) mamário mais cheio, sem aumentar, demasiadamente, o diâmetro das mamas, sendo mais bem aceitas pelas pacientes.

Contra-indicamos as próteses de poliuretano. Utilizamos essas próteses durante dois anos, em 79 pacientes, e observamos um processo inflamató-

rio bem maior no pós-operatório imediato e mediato, em torno de dois meses, quando comparado com outras próteses, por nós anteriormente usadas (lisas e texturizadas de silicone), durante dezoito anos. Tivemos casos de rejeição, com secreção esverdeada abundante, e três de fistulização, com cultura negativa, caracterizando mais uma reação do tipo imunológica. Com as próteses de poliuretano tivemos, também, a formação de angulações, com projeção cutânea e prejuízo dos resultados, em três pacientes. Em uma delas, trocamos a prótese, angulada, e constatamos ser esta angulação uma dobra da prótese sobre si mesma, de difícil liberação, mesmo com a prótese fora do corpo da paciente.

2. Qual a via de acesso preferida? Algum comentário sobre outra via, como por exemplo a via axilar ou submamária?

Ronaldo Pontes: Transareolar, caso não tenha cicatrizes de mastoplastia. Como segunda escolha, submamária.

Ivo Pitanguy: A via de acesso preferencial é a incisão transareolomamilar. Nos caso de pequeno diâmetro areolar, ou quando há indicação para implantes de grande volume, outras incisões poderão ser utilizadas, principalmente a incisão submamária. Não temos experiência com a via axilar ou abdominal.

Claudio Rebelo: Com exceção de um caso de reintervenção em paciente já operada por outro colega, que havia usado a via periareolar, só tenho usado a submamária, pelos seguintes motivos:

- ◆ a cicatriz resultante fica escondida pela pequena ptose mamária pós-operatória;
- ◆ o primeiro lugar para onde habitualmente se olha na região mamária é o complexo aréolo-mamilar, e uma cicatriz aí situada poderá ser notada (muitas são realmente ótimas, mas, por melhor que seja o cirurgião, sempre há o risco de ficarem mais aparentes).
- ◆ A via de acesso não atravessa os canais galactóforos e o tecido mamário, diminuindo o risco de infecção. Ao mesmo tempo, no meu entender, a confecção da loja se torna mais fácil.

Ricardo Baroudi: No sulco submamário em cerca de 98% dos casos e periareolar em 2%. Nenhum caso por via axilar. A via submamária tem permitido a visualização direta do plano de dissecação e hemostasia mais acurada.

Júlio Hochberg: Prefiro a via inframamária pela melhor visualização. Raramente uso o acesso periareolar, pois a minha conduta é de evitar alterar a anatomia normal da glândula. Algumas pacientes querem camuflar a incisão. Nestas, utilizo o acesso axilar.

Tom Biggs: Eu prefiro o acesso inframamário porque consigo uma dissecação mais precisa e melhor hemostasia através dessa via. Se as pacientes desejarem a via axilar, eu a utilizo sem nenhuma restrição, bem como a via periareolar, mas prefiro a inframamária.

Darryl J. Hodgkinson: Prefiro a inframamária, abaixo do sulco existente. A incisão periareolar é raramente usada na Austrália pela alta frequência do *topless*. O acesso axilar é usado ocasionalmente nas pacientes orientais. Tenho usado a incisão

transumbilical em pacientes asiáticas e em pacientes que não desejam cicatrizes próximas à mama. Se a paciente desejar somente um pequeno aumento, ocasionalmente, usarei a cicatriz periareolar.

Aymar Sperli: Preferencialmente, a via inframamária. Raramente utilizamos a periareolar e, até o momento, nunca utilizamos a axilar.

João Erfon: A incisão inframamária é a nossa preferida, embora tenhamos usado, também, a via periareolar, com resultados igualmente satisfatórios. Não gostamos da via axilar, por acharmos que ela está, relativamente, mais exposta, e também porque apresenta um índice de hipertrofia cicatricial maior que as vias acima citadas.

3. Quais os volumes que mais freqüentemente utiliza?

Ronaldo Pontes: Entre 100 e 200.

Ivo Pitanguy: O volume do implante depende do biotipo da paciente e de seu desejo de volume final. Na nossa casuística, a maior incidência quanto ao volume do implante é de 120-140 cc.

Claudio Rebelo: A escolha do volume apropriado é, na minha experiência, uma das tarefas mais difíceis nestas mamoplastias ("não quero mamas muito grandes", como dizem às vezes as pacientes, não define absolutamente nada...).

A colocação de um experimento debaixo do sutiã da paciente, durante a consulta, permite-lhe uma idéia aproximada do resultado a ser obtido. Também a comparação com casos já operados ajuda muito e, se a paciente puder trazer uma foto com a mama idealizada, também será muito bom. É interessante que ultimamente as pacientes têm solicitado volumes maiores que os utilizados até pouco tempo.

Os implantes em torno de 165 cc têm sido os mais usados; agora levo sempre três pares com diferentes tamanhos.

Ricardo Baroudi: Os volumes inseridos têm variado de 180 a 300 cc. Os volumes mais utilizados estão em torno de 220 a 270 cc.

Júlio Hochberg: De 95 a 330 ml. Implantes salinos com volumes acima de 450 ml apresentam maior incidência de esvaziamento e contratatura capsular.

Tom Biggs: 225 a 270 ml. Raramente coloco um implante com um volume maior de 300 ml.

Darryl J. Hodgkinson: Os volumes que utilizo mais freqüentemente ficam entre 300 e 400 ml, dependendo da necessidade.

Aymar Sperli: Até 5 anos atrás, utilizávamos, em média, próteses de 160 ml. Atualmente, situam-se entre 210 e 270, raramente passando de 300 ml. A mídia levou as pacientes a solicitarem mamas maiores. Procuro evitar o exagero de volume.

João Erfon: Os volumes mais utilizados por nós, em 70% dos casos, variam de 155 cc a 195 cc; na última década houve uma variação, para mais, observada nos últimos anos, contudo as nossas pacientes ainda não são partidárias de mamas muito grandes. Acreditamos que o fato de morarmos em uma cidade de

clima tropical, com muitas praias, em que é constante o uso de trajés sumários, tenha influência sobre essa preferência.

4. Colocação ântero ou retromúsculo grande peitoral? Sempre?

- Ronaldo Pontes:** Preferentemente ântero-muscular. Retromuscular em caso de insuficiência de tecido para proteção da prótese.
- Ivo Pitanguy:** O implante é preferencialmente colocado em ântero-muscular. O plano retromuscular é utilizado nos casos de tecido cutâneo escasso.
- Claudio Rebelo:** A indicação maior, a nosso ver, para a colocação retromuscular seria a tentativa de diminuir a contração capsular.
- Quando se emprega o poliuretano este cuidado é desnecessário e, portanto, só temos colocado na posição ântero-muscular, mesmo nas pacientes com pouco tecido mamário e acentuada ptose, quando somos levados a ressecar pele.
- Ricardo Baroudi:** Para este detalhe passamos por períodos, seguindo o “modismo”. Iniciamos a inclusão de próteses orientados pelos autores sobre o assunto. Após o advento da inclusão retromuscular, passamos a segui-los igualmente. Verificamos que, em nossas mãos, os problemas a médio e a longo prazo eram semelhantes aos descritos pelos autores. Com isso, voltamos a utilizar prótese ântero-muscular com via de acesso submamário, até a presente data.
- Júlio Hochberg:** Quase sempre coloco o implante no plano retromuscular, a não ser que o músculo seja muito pequeno ou atrofico, o que ocorreu em dois casos. No entanto, é no pólo inferior, onde os implantes não estão totalmente cobertos pelo músculo, que o enrugamento se torna mais evidente e dá origem a queixas por parte das pacientes.
- Tom Biggs:** Retromuscular em quase todos os casos. Eu sinto que temos menos contração fibrosa capsular com a posição retromuscular, e que em mulheres muito magras o implante fica mais bem camuflado.
- Darryl J. Hodgkinson:** Quase sempre a posição retromuscular parcial, com liberação da porção inferior da origem esternal do músculo, deslocando a borda livre do músculo grande peitoral, com a liberação ocasional do serrátil com o objetivo de promover uma cobertura muscular parcial do pólo superior do implante.
- Aymar Sperli:** Pelo fato de utilizar próteses salinas infláveis, cujo índice de contração capsular é praticamente inexistente, tenho preferência pelo plano ântero-muscular. Entretanto, em pacientes com pouco revestimento ou hipomastias bastante acentuadas, costumamos colocar no plano retromuscular, liberando o músculo em sua porção inferior e interna, para evitar aquele aspecto artificial, quando a paciente contrai a musculatura. É importante ressaltar que, mesmo na colocação retromuscular, a parte inferior da prótese sempre fica desprotegida do músculo. Fazemos restrição ao plano retromuscular em pacientes com músculo peitoral muito tênue.

João Erfon: Preferimos a via ântero-muscular em pacientes que são submetidas ao aumento das mamas, com aspecto puramente estético, e que tenham algum volume mamário, por menor que seja, e a via retromuscular nos casos de reconstrução mamária.

5. Seria possível informar o percentual de contratura capsular?

Ronaldo Pontes: Houve uma sensível diminuição da contratura capsular. Quando acontece, ela é quase sempre unilateral.

Ivo Pitanguy: Em levantamento de nossa casuística até 1986, a contratura capsular era de 9,6%; com o advento dos implantes de poliuretano, este índice caiu para 1,1% (1987 – 1998).

Claudio Rebelo: Após adotarmos o poliuretano, não tivemos, em mamaplastia de aumento, nenhum caso de contratura capsular que chegasse ao nosso conhecimento. Até o final do ano de 1998, havíamos colocado 118 (cento e dezoito) implantes mamários de poliuretano, neste tipo de cirurgia. Portanto índice 0 (zero) de contratura capsular em 118 implantes, em estatística que abrange o período de dezembro de 1987 a dezembro de 1998.

Ricardo Baroudi: Em nossa casuística, o índice de contratura está dividido em dois períodos. Não há, entretanto, nenhum estudo estatístico mais apurado. O primeiro, desde o uso das próteses até dois anos atrás, em que foram empregadas próteses lisas e texturizadas. O segundo período com evolução de dois anos até a presente data, em que têm sido utilizadas as próteses de poliuretano.

No período das prótese lisas, o percentual de contratura Grau I de Baker estava em torno de 30%; Grau II e III, em torno de 40%, e Grau IV e V, em torno de outros 30%. Acima de 8 anos, os casos de II e III evoluíram para os Graus IV e V, aumentando assim o percentual de contratura. Da mesma forma, os de Grau I evoluíram para os demais graus de contratura. Este aspecto não era absoluto para todos os casos. Esta mensagem era passada às pacientes para conhecimento sobre a realidade, ANTES DA CIRURGIA. Com o aparecimento das próteses texturizadas, os níveis de contratura baixaram. A avaliação empírica mostrou níveis aproximados de 40% menos, quando comparados com as próteses lisas. Contratura unilateral continuou existindo à maneira das encontradas nas próteses lisas. Há dois anos passamos a utilizar as próteses com cobertura de poliuretano. Até a presente data, TODOS os casos operados apresentaram-se com as características de Grau I.

Júlio Hochberg: Com o uso de implantes salinos não tenho mais observado contratura do tipo Baker IV.

Tom Biggs: Incidências de contratura capsular são difíceis de quantificar. Eu quase nunca tenho a Baker III e provavelmente tenho a Baker II em 20% dos casos. Também depende em grande parte do montante de tecido mamário ainda presente.

- Darryl J. Hodgkinson:** Em razão de utilizar principalmente implante salino, tenho uma incidência muito baixa de contratura capsular, provavelmente na frequência similar à publicada por Richard Mladick, menor que 2%. Contratura capsular, no entanto, é maior quando a paciente apresenta hematoma pós-operatório, o que ocorre provavelmente na casa de 0,5%.
- Aymar Sperli:** Desde que começamos a utilizar as próteses salinas infláveis, não tivemos contraturas musculares de graus II, III ou IV de Baker, independentemente do plano retro ou ântero-muscular. A literatura indica que nas próteses salinas os graus II e III são encontrados em cerca de 1 a 3% dos casos.
- João Erfon:** O nosso percentual de contratura capsular é pequeno, e ficou menor ainda com o uso de próteses texturizadas, na última década. Não temos utilizado mais as próteses lisas.

6. Alguma outra complicação que não a contratura capsular?

- Ronaldo Pontes:** Bordas das próteses palpáveis. Uma infecção, no caso de um implante de poliuretano; migração para cima em casos de retromuscular; um caso de infecção subclínica unilateral num implante de poliuretano.
- Ivo Pitanguy:** Temos uma incidência muito pequena de hematoma/seroma, de 0,2%.
- Claudio Rebelo:** Em seis pacientes observamos o aparecimento de áreas avermelhadas (*rash* cutâneo), sem sinais de infecção, e que cederam após o uso de corticoterapia sistêmica.
- Este fenômeno diminuiu sensivelmente depois que foi mudado o tipo de colagem do poliuretano à película de silicone, conforme foi informado. Em dois casos, as pacientes se queixaram de que o volume havia ficado abaixo do pretendido, mas nenhuma delas, até hoje, quis trocar o implante (pelo menos conosco...).
- Tivemos dois casos de cicatrizes ligeiramente hipertróficas e outro de cicatriz mal posicionada, fugindo do sulco submamário no sentido cefálico, na extremidade lateral, todos sem reintervenção conhecida.
- Ricardo Baroudi:** Tivemos todos os tipos de problemas além da contratura, com as próteses lisas e as texturizadas. Infecção, Hematoma, Seroma, Extrusão, Pregas cutâneas, Palpação da prótese através da pele e Assimetrias de forma e volume. Os índices desses tipos de complicação foram efetivamente baixos e dentro dos limites toleráveis. Com as próteses de poliuretano, assinalamos somente um caso de seroma, resolvido dentro da rotina.
- Júlio Hochberg:** Nos últimos 9 anos, desde que iniciei o uso de implantes salinos, não tive casos de esvaziamento da prótese, que é descrito como da ordem de 5% na literatura. A minha preocupação maior é a sensação de ondulamento pela paciente e o enrugamento que é sentido durante a palpação e, muitas vezes, torna-se visível.
- Tom Biggs:** Além da contratura capsular não tenho outras complicações. Com o implante texturizado, observei a ocorrência de enrugamento. Nos implantes pré-inflados, me parece haver um número um pouco maior de esvaziamento.

Darryl J. Hodgkinson: Tem ocorrido uma incidência maior de contratura capsular com o uso de endoscopia na técnica transumbilical, o que nos tira o entusiasmo por esse método, apesar do resultado estético. Eu acredito que isso ocorra por duas razões. A primeira, seria pela posição retromamária do implante. E a segunda razão é a pouca precisão em liberar aderências médias da mama. Eu não acredito que o espaço seja corretamente criado como acontece quando se usam as outras vias de acesso.

Aymar Sperli: Nunca observamos casos de complicações sistêmicas, quer tenham sido operados por nós ou por outros cirurgiões. Desconhecemos, também, qualquer trabalho cientificamente elaborado que tenha demonstrado complicações sistêmicas com o uso de próteses mamárias. Entretanto, as complicações locais existem, principalmente nas próteses gelatinosas lisas, tais como: contraturas de diversos graus, deslocamento da prótese, migração, infiltração do gel em tecidos mamários ou circunvizinhos, infiltração da cápsula fibrosa com silicone gel, dores, *rash* cutâneo, inflamação da pele, etc. Em alguns casos de prótese de poliuretano, notamos uma reação inflamatória que persistiu por algumas semanas, tendo involuído posteriormente. As próteses infláveis salinas, desde que devidamente utilizadas, não nos mostraram tais tipos de complicação, desde que tenham sido observados certos cuidados, tais como: não hiperinflar a prótese, evitar a presença de ar durante o enchimento, utilização de volume adequado, reforço da área correspondente ao sulco mamário.

João Erfon: As complicações diferentes da contratura capsular, que tivemos, já citamos acima. Aconteceram com as próteses de poliuretano, que deixamos de usar.

7. Já utilizou a videoendoscopia para colocação de prótese mamária? Qual o lugar para a videoendoscopia no implante mamário?

Ronaldo Pontes: Não utilizei e não vejo indicação.

Ivo Pitanguy: Não temos experiência com a colocação de implantes com auxílio de videoendoscopia.

Claudio Rebelo: Nunca a utilizei na colocação, mas em uma ocasião em que tratava uma contratura capsular e a paciente, a mim encaminhada secundariamente, apresentava tumoração praticamente no prolongamento axilar e, por acaso, encontrava-se no centro cirúrgico uma equipe que fazia endoscopia, solicitei-lhe que retirasse a tumoração com o seu instrumental. Foi ótimo.

Ultimamente tenho pensado em utilizar a endoscopia na hora do descolamento na parte mais cefálica, pois certamente facilitará tudo e, levando em consideração que, pelo menos aqui no Rio, várias casas de saúde têm aparelhagem para alugar, só me falta aprender a usá-la, o que não vai tardar muito...

Ricardo Baroudi: Até a presente data não empregamos a técnica da videoendoscopia para implantes de mamas. Nenhuma experiência sobre o assunto.

Júlio Hochberg: Tenho usado com o aporte axilar, permitindo a execução da dissecação do músculo peitoral maior com grande precisão.

- Tom Biggs:** Sim, tenho usado a videoendoscopia no aporte axilar e sinto que oferece melhor visualização, em vez de ser às cegas. Me possibilita um descolamento mais preciso do músculo peitoral maior e hemostasia mais precisa. Todo o descolamento é realizado por trás do músculo peitoral.
- Darryl J. Hodgkinson:** Eu utilizo a videoendoscopia somente para o aporte transumbilical, ou seja, somente uso o espaço retromamário para avaliar o plano correto de colocação do implante via umbilical. Ocasionalmente, utilizo a endoscopia axilar, especialmente se tenho que reintervir para alargar o espaço retromuscular.
- Aymar Sperli:** Nós não temos experiência com a utilização da videoendoscopia para próteses mamárias.
- João Erfon:** Temos utilizado a videoendoscopia na cirurgia de ritidoplastia com muita aptidão por esta técnica, contudo não a utilizamos ainda em mamas, por não gostarmos das vias axilar e/ou umbilical para a colocação de próteses.

8. Como previne e como trata a contratura capsular?

Ronaldo Pontes: Faço profilaxia com uma loja ampla e imobilização precoce, assim como utilizo próteses de poliuretano e texturizadas. A primeira é, sem dúvida, mais bem tolerada.

Ivo Pitanguy: Com a utilização dos implantes revestidos com poliuretano, nossa casuística de contratura é realmente baixa. Os cuidados de bom planejamento das dimensões da loja e de rigorosa hemostasia devem ser lembrados como medidas preventivas. Nos casos de contratura, recomendamos a retirada do implante (geralmente de superfície lisa), seguida de uma capsulotomia e a substituição por um implante revestido com poliuretano.

Claudio Rebelo: Para diminuir a incidência de contratura capsular, além do tipo de implante, achamos importante o emprego de sistemática cirúrgica, adequado posicionamento da paciente, boa iluminação, material de boa qualidade, tranquilidade, hemostasia abrangendo o mínimo de tecido, interrupções periódicas na tração do retalho para não traumatizar muito as bordas da ferida cirúrgica, lavagem repetida, calma ao inserir os experimentos e o implante definitivo (com seu mínimo manuseio), proteção rigorosa deste durante a sutura (pequenos furos podem passar despercebidos), assepsia e anti-sepsia rigorosa, falar pouco durante o ato cirúrgico e antibioticoterapia profilática.

Tudo isto levado a efeito, é lógico, em ambiente cirúrgico apropriado.

A par disto, a paciente deve ser adequadamente informada dos cuidados pós-operatórios e acompanhada assiduamente pelo seu cirurgião. Uma vez instalada a contratura capsular, acho que a mesma deva ser tratada o mais precocemente possível. É inadmissível deixar uma contratura chegar a ponto de produzir deformidade e dor na paciente e, nas poucas vezes que vimos isto acontecer (ou soubemos), foi devido a descuido ou má-fé com finalidade de lucro financeiro.

Nos casos em que observamos os primeiros sinais de contratura, quando usávamos implantes lisos, tivemos algumas reversões do quadro inicial empregando a mobilização circular da prótese.

Nunca fizemos uma capsulectomia externa.

Sob o ponto de vista cirúrgico, removemos o implante, ampliamos a loja, realizamos capsulotomias radiadas – na parte correspondente ao retalho cutâneo (as incisões sobre o gradil costal podem redundar em sangramento de difícil hemostasia) - e colocamos o experimento, de acordo com o que foi planejado. Às vezes, é lógico, para evitar aumento exagerado somos obrigados a ressecar alguma pele.

Nestes casos de contratura, independentemente da prótese que tenha sido usada anteriormente, achamos importante que seja usada uma revestida de poliuretano, lembrando que a recidiva de contratura com este elemento é extremamente rara, como mostram relatos de experiências a longo prazo.

Ricardo Baroudi: Quando fazemos implantes mamários, ocorrem 3 tipos de reações: uma determinada pelas próteses, uma segunda causada pelas reações do corpo da paciente diante do corpo estranho (prótese) e uma terceira causada pelo cirurgião e sua equipe. Não há como registrar os envolvimento dessas três causas no desenvolvimento de contratura capsular, dentro dos limites deste questionário. Efetivamente, o ato operatório é tão importante quanto as duas primeiras causas. Temos tomado o cuidado com os seguintes itens: a) elaborar uma bolsa maior para não fazer a prótese ficar apertada; b) hemostasia rigorosa com solução salina, evitando ao máximo o uso excessivo de cautério; c) luvas sem talco; d) somente o cirurgião toca na prótese; e) iniciar massagens nas mamas a partir do quarto dia de pós-operatório; f) estimular as pacientes a deitarem em posição prona de maneira a comprimir as mamas com o peso do corpo (minutos por dia). Apesar dessas orientações e cuidados, ocorreram contraturas dentro dos aspectos descritos na pergunta número 5. Diante de contratura capsular, sofrem as pacientes e o médico. Elas são informadas antes da cirurgia, como tratar e quais as limitações e possibilidades desses tratamentos. Há uma seqüência no tratamento. Temos utilizado o “Squeeze” para romper a cápsula como primeira opção. Ele é repetido, de acordo com a reincidência da cápsula, duas a três vezes por ano. Esta manobra é realizada em consultório quando tolerada pela paciente ou sob condições de narcose, quando não tolerada pela dor. Na falha deste procedimento, fazemos a troca cirúrgica das próteses (uni ou bi-lateralmente), mediante capsulotomia. Excepcionalmente é utilizada a capsulectomia. Mantemos na maioria dos casos o mesmo plano, raríssimo passar para o plano submuscular.

Júlio Hochberg: Com implantes na posição retromuscular, hemostasia perfeita e utilizando prótese salinas de pouco volume.

Tom Biggs: A contratura capsular é significativamente menos prevalente hoje que no passado, talvez por causa do implante ou, mesmo, devido à perfeita hemostasia que se consegue no decorrer da cirurgia. A perda sangüínea ideal é aquela menor que 5 ml de sangue por cada lado. Isto cria um espaço no qual o implante é colocado livre de sangue, que pode ser um fator que contribua no desenvolvimento da cápsula. O implante retromuscular tem uma incidência menor de contratura capsular.

Aymar Sperli: Fazendo um descolamento um pouco maior que o volume da prótese; utilizando próteses salinas infláveis; observando cuidados de cauterização dos vasos no transoperatório; infiltração transoperatória com solução de Klein

no plano de descolamento; ministrando cuidados para evitar infecções; semi-imobilização da área operada com o uso de sutiãs apropriados durante os primeiros 3 dias, etc. Costumamos indicar sistematicamente uma dose única de Dipropionato de Betametasona, no 2º p.o. Durante o ato operatório, nosso anestesista costuma administrar Sulfato de Dexametasona.

João Erfon: Prevenimos a contratura capsular com o uso de próteses texturizadas em lojas receptoras amplas. Observamos, também, que, se não massagearmos as mamas, as reações inflamatórias e conseqüentemente as cicatrizes serão mais amenas. A utilização de ultra-som e outros meios fisioterápicos pós-operatórios pode contribuir satisfatoriamente para minorar a contratura capsular.

9. Qual a sua restrição ao uso de próteses mamárias de silicone?

Ronaldo Pontes: Sempre que possível, prefiro não usar.

Ivo Pitanguy: Não temos qualquer restrição ao uso de implantes de silicone para aumento/reconstrução de mamas, sempre atentos para verificar se as expectativas da paciente são compatíveis com o que a cirurgia poderá oferecer.

Claudio Rebelo: Qualquer tipo de cirurgia tem sua indicação precisa, e só empregamos implantes quando não há tecido local suficiente para uma adequada modelagem da neomama, ou quando a paciente não quer um aumento das cicatrizes, habitualmente necessárias na correção das ptoses.

No que se refere à possibilidade de maior incidência do câncer mamário (ou à dificuldade intransponível para sua detecção), bem como o aumento das doenças auto-imunes, em função da presença do silicone gel dos implantes, os inúmeros estudos existentes mostram que não há, até o momento, nenhum dado científico que justifique este receio.

O último relato importante a este respeito é originário do Instituto de Medicina, com numerosas entrevistas com pacientes portadoras de implantes, concluindo não haver nenhuma relação destes com o câncer mamário ou o agravamento ou aumento da incidência de doenças auto-imunes. Descarta também, este documento, a influência maléfica em crianças amamentadas por mulheres portadoras de implantes, bem como a existência de uma "doença do silicone".

Infecção e contraturas capsulares, que devem ser adequadamente informadas às candidatas à cirurgia.

Ricardo Baroudi: Não tive e continuo não tendo restrições ao uso de próteses de silicone. Efetivamente, considero as próteses de silicone a melhor coisa que inventaram, porém não é a melhor coisa para o nosso corpo. Não há registro na literatura especializada de casos de morte por disseminação do silicone nos órgãos. Não ficaram comprovadas possíveis causas de doenças auto-imunes ou maior incidência de câncer nas mamas. As reações capsulares continuam existindo; a atrofia do tecido mamário pela compressão continuada, as reações a longa distância de caráter imprevisível, a difícil solução estética diante das complicações obrigam os cirurgiões a serem mais criteriosos quanto a informações claras, honestas e leais às suas pacientes, para não

terem que se desculpar depois.

Júlio Hochberg:

Eu não utilizo as próteses de silicone gel. Nos estados Unidos, a prótese de gel não é permitida para uso corrente. A quantidade de formulários que devem ser preenchidos torna o seu uso impraticável. No entanto, mesmo se a FDA voltar a autorizar o seu uso, ainda assim eu não voltarei a utilizá-las.

As complicações locais que testemunhei em minha prática me alertaram para a pouca qualidade desse produto: ruptura com migração do gel para a glândula e tecidos vizinhos, formação de granulomas, inflamação da pele com *rash* cutâneo, urticária, dor crônica, calcificações, migração para os linfonodos, migração no trajeto de nervos periféricos, infiltração do tórax simulando tumores que exigiram toracotomias exploratórias. A prótese de gel começa a deteriorar no momento em que é fabricada. O gel atua como solvente do invólucro de silicone. Se deixarmos o implante num tempo suficiente dentro da embalagem, vamos encontrar a prótese danificada, com o agravante efeito somatório do processo biológico.

Com a prótese de poliuretano, observamos reações inflamatórias que somente aquiesceram com a retirada do implante. Mais recentemente, tomamos conhecimento de extrusão dessas próteses devido a formação precoce de grandes dobras da prótese.

Não uso próteses salinas em pacientes com história de doenças auto-imunes. Não faço mamoplastia de aumento em menores de idade por ser proibido pelo governo americano.

Tom Biggs:

Nos Estados Unidos, não se pode usar implante de silicone gel numa mamoplastia de aumento primária. Eu, no entanto, posso usá-la em caso de reoperação ou com a mastopexia. A burocracia necessária para a utilização do silicone gel é proibitiva, mas ele ainda faz parte do meu armamentário.

Darryl J. Hodgkinson:

Aqui na Austrália, os cirurgiões plásticos obedecem à restrição ao uso de implantes de silicone imposta pela Associação Australiana de alimentos e Medicamentos semelhante à FDA dos Estados Unidos Alguns têm entusiasmo com o implante de gel 401. Eu, particularmente, não gosto desse implante, pois o acho pesado demais, sem a mobilidade natural, podendo determinar a atrofia dos tecidos.

Tenho um artigo publicado em relação à produção de dobras, enrugamento no pólo superior do implante anatômico de gel coesivo. A aparência não é sexy. O pólo inferior parece cheio - uma aparência artificial em vez de uma aparência atrativa. O implante também desenvolve uma cápsula lisa ao seu redor e pode se inverter em 180 graus - o pólo inferior pode virar para o pólo superior. Esse implante tem alguns aspectos positivos e eu o utilizo naquelas pacientes que desejarem um pólo inferior cheio, assim como nas pacientes que tenham certo grau de ptose e que não manifestem reservas contra o implante. Utilizo o implante de silicone gel nas paciente que previamente foram submetidas a mastectomia subcutânea e necessitem implantes em tecidos muito tênues - como em algumas pacientes de reconstrução mamária.

Na minha maneira de pensar, é importante ter uma variedade de técnicas para o grande número de diferentes pacientes que nos procuram. Com o passar do tempo, em qualquer prática médica, vemos pacientes com com-

plicações que ocorrem com implantes previamente utilizados e precisamos ter uma armamentário versátil de implantes e táticas, para poder satisfazer à grande variedade de problemas e desejos que encontramos em consulta. Também uso a combinação de implantes sólidos e implantes mamários na presença de deformidade do tórax, o que ocorre em 5% dos casos. Algumas deformidades da parede torácica são significativas e requerem atenção especial. Nesses casos adiciono o componente sólido pré-fabricado do implante de parede torácica sob medida.

Aymar Sperli:

Sim. Atualmente, fazemos restrição ao uso de próteses gelatinosas lisas. Raramente utilizamos próteses gelatinosas texturizadas. Não utilizamos as próteses de poliuretano. Nossa experiência, durante 7 anos, com as próteses infláveis salinas, nos deixa bastante à vontade quanto às eventuais complicações locais. Procuramos esclarecer bastante às pacientes, durante a primeira consulta, sobre os diversos tipos de próteses, informando-lhes as características, vantagens e desvantagens de cada uma, assim como deixamos claro qual é a nossa preferência e o porquê. Se a paciente nos pergunta, “depois de quanto tempo deverei trocar a prótese”, costumamos responder que, seja qual for o tipo de prótese utilizado, somente recomendamos a troca se houver algum sinal de ruptura obtido por imagem radiológica ou ultra-sônica, manifestação local de retração severa, desconforto, dores, ou suspeita de patologia associada. Deve-se sempre levar em conta o equilíbrio emocional das pacientes, como em qualquer caso de cirurgia plástica, restringindo esse tipo de cirurgia a pacientes que, além de apresentarem condições clínicas ideais, também nos transmitam bastante segurança emocional.

Apesar de nada ter sido comprovado cientificamente, costumamos contraindicar o uso de silicone em pacientes que tenham doenças auto-imune.

João Erfon:

Contra-indicamos o uso de prótese de silicone em pacientes que apresentem doenças de cunho imunológico.